

江差町国民健康保険

第3期データヘルス計画・第4期特定健康診査等実施計画

-概要版-

令和6年度（2024年）～令和11年度（2029年）

江差町データヘルス計画の目的～健康課題を解決することで達成したい姿～
江差町民が生活習慣病を重症化させることなく、この町で自立した生活を送ることができる。

1	基本的事項
---	-------

1. データヘルス計画の主旨と他計画との整合性

データヘルス計画とは	特定健康診査等実施計画とは
「日本再興戦略」において、全ての健康保険組合に対し、レセプト等のデータ分析、それに基づく加入者の健康保持増進のための事業計画の作成・公表、事業実施、評価等が求められた。それに従い、PDCAサイクルに沿った効果的・効率的な保健事業の実施を図るための保健事業の実施計画（データヘルス計画）を1期を6年間として策定する。	平成20年度より「高齢者の医療の確保に関する法律」（昭和57年法律第80号）に基づき、特定健康診査・特定保健指導の実施が義務付けられた。それに従い、同法律に基づき作成された特定健康診査等基本方針に基づき、実施計画を策定する。
他計画との位置づけ	
本計画は健康増進法に基づく「基本的な方針」を踏まえるとともに、北海道健康増進計画や江差町健康増進計画、北海道医療費適正化計画、介護保険事業計画と調和のとれたものとする。	
関係者連携	
本計画は、国保局が中心となって、関係部局や関係機関の協力を得て、保険者の健康課題を分析し、計画を策定する。	
評価時期	評価方法
評価指標は計画の策定段階で設定する。設定した評価指標に基づき、計画の最終年度のみならず、中間時点等計画期間の途中で進捗確認・中間評価を実施する。	評価は、KDBシステム等を活用して行う。また、計画に盛り込んだ個別の保健事業の実施状況等については、毎年度評価を行った上で、必要に応じて翌年度の保健事業の実施内容等の見直しを行う。

2. データヘルス計画の構成

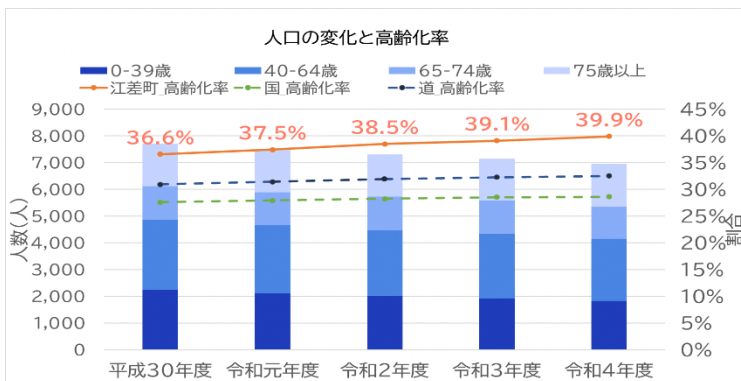
計画書の構成
計画策定に際して、まず江差町の健康課題を整理する。KDBシステムや公的統計等を用いて死亡、介護、医療、健診などの関連データを分析し、特に「生活習慣病」を中心とした、保健事業によって予防可能な疾患に着目しながら分析を行う。 続いて、整理した健康課題及び前期計画の振り返りを踏まえ、計画目的及び目標を設定した上で、目標達成のために取り組むべき保健事業の優先順位付けを行い、各事業の評価指標を設定する。
生活習慣病の進行イメージ
生活習慣病の重症化による生活機能の低下は、ある時突然発生するのではなく、自覚症状がないまま徐々に進行していく。そのため、保健指導等の保健事業を通じて、各段階で適切な介入をすることで、病気の進行を食い止めることが重要である。 健康結果 医療 介護・死亡 健康 ⇨ 不健康な生活習慣 ⇨ 生活習慣病予備群 (メタボリック シンドローム) ⇨ 生活習慣病 (基礎疾患) ⇨ 重症化した 生活習慣病 ⇨ 介護・死亡 【出典】厚生労働省 新たな健診・保健指導と生活習慣病対策 *本紙P. 29

2 健康課題の整理

1. 平均余命と平均自立期間・死亡・介護・重症化した生活習慣病

【基本情報】人口・高齢化率・健康寿命（平均自立期間）

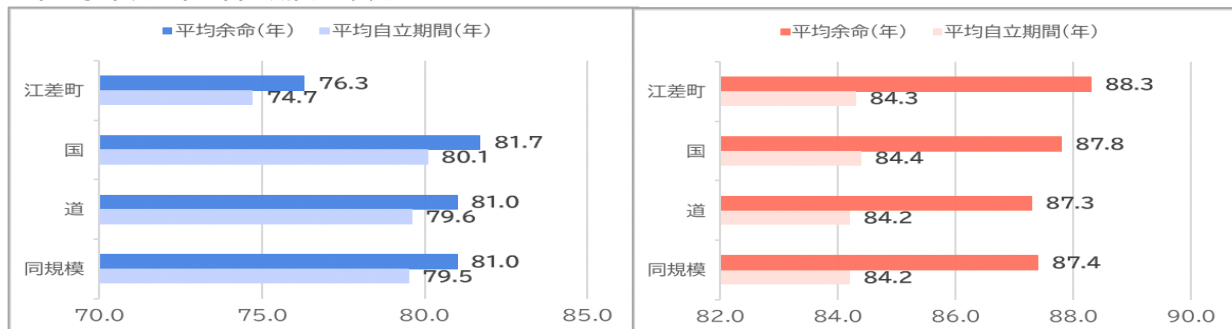
<人口及び高齢化率の推移＊本紙P. 15>



ポイント

- ・江差町は国と比較し、高齢化率が高く、高齢化のスピードも速い
- ・健康寿命（平均自立期間）が男女ともに短く、特に男性は平均余命も短く、国と比較し5.4年短い

<平均余命及び平均自立期間＊本紙P. 16>



【死亡】生活習慣病における重篤な疾患の死亡者数・死亡割合・標準化死亡比（SMR）

<疾病別死因割合＊本紙P. 17>

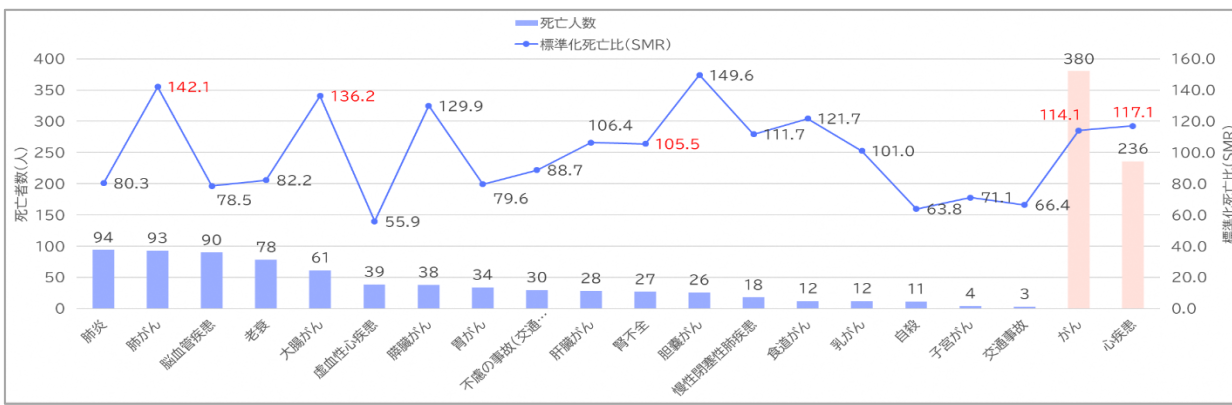
順位	死因	江差町		国	道
		死亡者数(人)	割合		
1位	悪性新生物	39	33.3%	26.5%	29.2%
2位	老衰	15	12.8%	10.6%	8.3%
3位	心疾患(高血圧性除く)	10	8.5%	14.9%	14.3%
4位	肺炎	6	5.1%	5.1%	5.0%
5位	脳血管疾患	4	3.4%	7.3%	6.9%
6位	肝疾患	3	2.6%	1.3%	1.1%
6位	大動脈瘤及び解離	3	2.6%	1.3%	1.5%
6位	自殺	3	2.6%	1.4%	1.3%
6位	腎不全	3	2.6%	2.0%	2.5%
10位	不慮の事故(交通事故除く)	2	1.7%	2.4%	2.3%

【出典】厚生労働省 人口動態調査 令和3年度

ポイント

- ・江差町の死因のうち、死因第1位は「悪性新生物」で全死亡者の33.3%を占めている
- ・平成22年から令和元年までの累積死因別死亡者数を見ると、国と比べて標準化死亡比（SMR）が高い予防可能な疾患は、「心疾患」と「腎不全」である
- ・検診で早期発見が可能とされている「肺がん」、「大腸がん」による死亡も多い

<標準化死亡比（SMR）＊本紙P. 18>



【介護】介護認定者の有病状況

<一件当たり介護給付費＊本紙P. 19>

	江差町	国
平成30年度	83,738	61,384
令和4年度	84,116	59,662
伸び率	1.00%	0.97%

【出典】KDB帳票 S25_004-医療・介護の突合の経年比較

ポイント

- ・一件当たり介護給付費は、国と比較し高い
- ・要介護認定者における生活習慣病の有病割合が高く、とくに「心臓病」「高血圧症」の有病割合が高い
- ・「糖尿病」「高血圧症」「脂質異常症」の有病割合は、国・道よりも高い

<要介護認定者の有病割合＊本紙P. 20>

疾病名	要介護・要支援認定者(1・2号被保険者)		
	割合	国	道
糖尿病	30.9%	24.3%	24.6%
高血圧症	56.1%	53.3%	50.0%
脂質異常症	34.3%	32.6%	31.1%
心臓病	60.1%	60.3%	55.3%
脳血管疾患	22.7%	22.6%	20.6%
がん	13.5%	11.8%	12.3%
精神疾患	34.9%	36.8%	35.0%
うち 認知症	21.0%	24.0%	21.6%
アルツハイマー病	13.7%	18.1%	15.9%
筋・骨格関連疾患	53.4%	53.4%	50.0%

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

【医療】生活習慣病医療費

<入院外来別医療費の3要素＊本紙P. 23>

カテゴリ	外来			入院		
	江差町	国	道	江差町	国	道
一人当たり医療費(円)	18,700	17,400	17,670	12,660	11,650	13,820
受診率(件/千人)	612.9	709.6	663.0	19.2	18.8	22.0
一件当たり日数(日)	1.3	1.5	1.4	13.6	16.0	15.8
一日当たり医療費(円)	24,260	16,500	19,230	48,620	38,730	39,850

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握 令和04年度(累計)

ポイント

- ・江差町の一日常たり医療費は、入院・外来ともに、国・道の一日常たり医療費と比較して高く、重症化してから受診・入院していることが推測される
- ・生活習慣病医療費は、平成30年度と比較して減少しているが、医療費割合は増加しており、国・道と比較して高い
- ・疾病別に見た場合、「高血圧症」「脳出血」の医療費が減少している
- ・令和4年度時点で総医療費に占める疾病別の割合を国・道と比較すると「基礎疾患」の割合が高い

<生活習慣病医療費の平成30年度比較＊本紙P. 30>

疾病名			江差町				国	道
			平成30年度		令和4年度			
			医療費(円)	割合	医療費(円)	割合	割合	割合
生活習慣病医療費			135,581,470	20.9%	126,092,960	22.7%	18.7%	16.4%
基礎疾患	糖尿病	41,285,610	12.5%	43,854,700	13.3%	10.7%	10.1%	
	高血圧症	28,732,470		22,195,690				
	脂質異常症	10,729,070		7,361,160				
	高尿酸血症	431,240		477,150				
重症化した生活習慣病	動脈硬化症	1,471,920	0.2%	1,221,130	0.2%	0.1%	0.1%	
	脳出血	10,270,330	1.6%	4,158,150	0.7%	0.7%	0.6%	
	脳梗塞	17,100,730	2.6%	21,829,790	3.9%	1.4%	1.5%	
	狭心症	8,821,990	1.4%	11,719,060	2.1%	1.1%	1.4%	
	心筋梗塞	0	0.0%	19,230	0.0%	0.3%	0.3%	
	慢性腎臓病(透析あり)	16,738,110	2.6%	13,256,900	2.4%	4.4%	2.3%	
総医療費			647,450,570		554,438,140			

【出典】KDB帳票 S21_001-地域の全体像の把握(平成30年度(累計)・令和04年度(累計))

2. 生活習慣病基礎疾患・メタボリックシンドローム(生活習慣病予備群)

基礎疾患と重篤な疾患の重なり

「虚血性心疾患」「脳血管疾患」「慢性腎臓病」をはじめとした重症化した生活習慣病に至る者の多くは「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった複数の基礎疾患を有した状態で発症する。重症化した疾患を予防するためには、特定健診を通じて、疾患が重症化する前に早期発見・早期治療をすることが重要である。

【健診】特定健診受診率・特定保健指導実施率

「高血圧症」「糖尿病」「脂質異常症」といった生活習慣病は、自覚症状がほとんどないため、定期的な健診受診による自身の健康状態の把握や、生活習慣改善のきっかけづくりが大切である。

<特定健診受診率>

特定健診は生活習慣病の早期発見を主な目的として行われており、令和3年度の特定健診受診率は33.6%であり、平成30年度と比較して5.4ポイント上昇しているが、国より低い。

<特定保健指導実施率>

特定保健指導とは、「特定健康診査の結果に基づき、主にメタボリックシンドロームの予防や解消を目的に行われる健康支援」である。

令和3年度の特定保健指導の対象者は52人で、このうち特定保健指導実施率は7.7%であり、国・道より低い。

*本紙P. 34、41

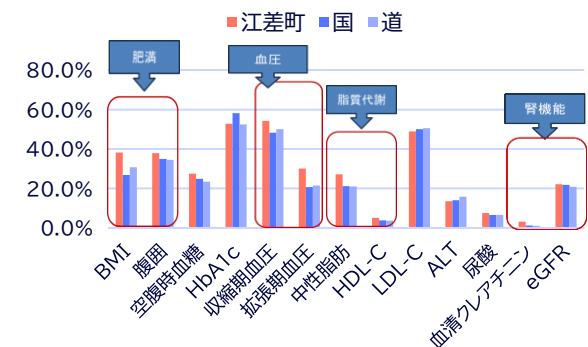
	江差町	国	道
特定健診受診率	33.6%	36.4%	27.9%
特定保健指導実施率	7.7%	27.9%	33.4%

【健診】有所見者の状況

有所見とは健診結果における医師の診断が、「要精密検査」または「要治療等」の者を指す。

令和4年度の特定健診受診者における有所見者の割合を国・道と比較すると、「BMI」「腹囲」「空腹時血糖」「収縮期血圧」「拡張期血圧」「中性脂肪」「HDL-C」「LDL-C」「尿酸」「血清クレアチニン」「eGFR」の有所見率が高い。

<特定健診受診者における有所見者の割合 *本紙P. 36>

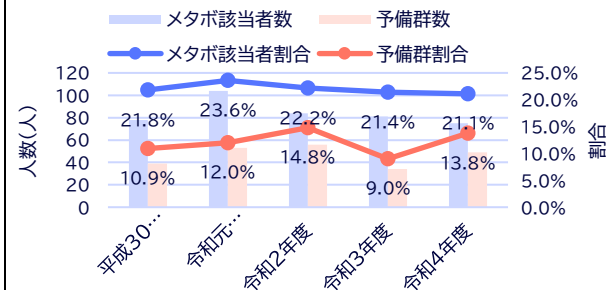


【健診】メタボリックシンドロームの状況

メタボリックシンドロームとは、「内臓肥満に高血圧・高血糖・脂質代謝異常が組み合わさることにより、心臓病や脳卒中などになりやすい病態」を指し、生活習慣病の前段階と呼ぶべき状態である。

令和4年度の特定健診受診者におけるメタボ該当者は75人(21.1%)であり、平成30年度と比較して横ばい。メタボ予備群該当者は49人(13.8%)であり、平成30年度と比較して増加している。いずれも、国・道より高い割合。

<メタボ該当者・メタボ予備群該当者の推移*本紙P. 39>



【健診】受診勧奨対象者の状況

HbA1c7.0%以上の人は10人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。

Ⅱ度高血圧以上の人は27人で、平成30年度と比較すると割合は増加している。

LDLコレステロール160mg/dl以上の人は24人で、平成30年度と比較すると割合は減少している。

*本紙P. 44

	平成30年度		令和4年度	
	人数(人)	割合	人数(人)	割合
特定健診受診者数	357	-	356	-
血糖 7.0%以上	17	4.7%	10	2.8%
血圧 Ⅱ度高血圧以上	11	3.0%	27	7.6%
脂質 LDL160mg/dl以上	44	12.3%	24	6.7%

3. 江差町で暮らす人の生活習慣

【健診】生活習慣の状況

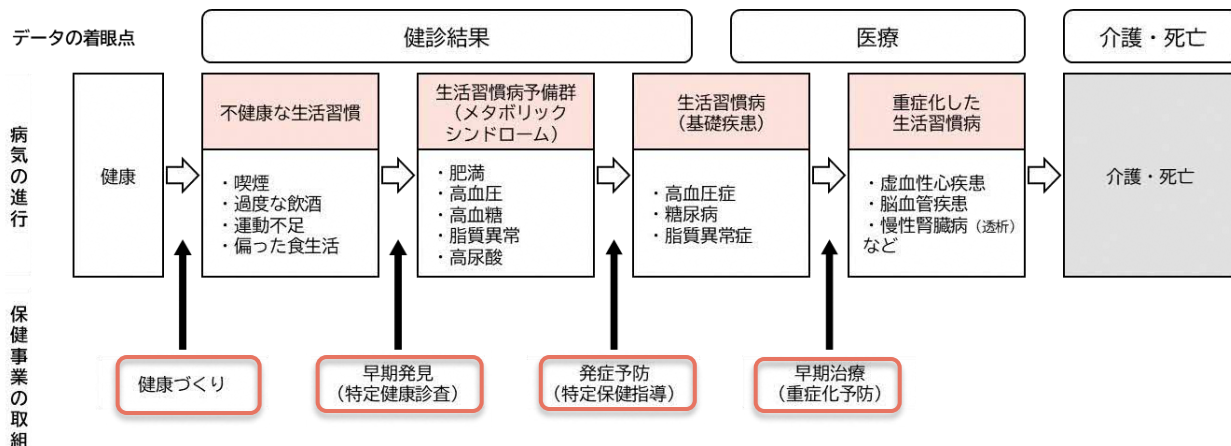
・特定健診受診者の質問票の回答状況から、江差町における喫煙や運動習慣、食事、睡眠などの生活習慣における傾向が把握できる。

・令和4年度の特定健診受診者の質問票から生活習慣の状況をみると、「喫煙」「20歳時体重から10kg以上増加」「1回30分以上の運動習慣なし」「1日1時間以上運動なし」「歩行速度遅い」「週3回以上就寝前夕食」「週3回以上朝食を抜く」「1日3合以上飲酒」「生活改善意欲なし」「間食毎日」の回答割合が高い。

*本紙P. 46

4. 健康課題まとめ

江差町民が生活習慣病を重症化させることなく、この町で自立した生活を送るためには、各段階に応じた健康課題の整理と健康課題を解決するための保健事業の立案を行い、疾病の段階が進まないように取り組むことが重要である（下図）。



健康課題・考察	
◀重症化予防（がん以外）	
【課題】 # 「腎不全」による死亡や、「脳血管疾患」による入院が多い # 「糖尿病」に関連した「慢性腎臓病（透析あり）」が多い # 健診受診者のうち、「血圧」「血糖」「脂質」が受診勧奨の状態にある未治療者が多い	【考察】 死亡や介護、入院の要因として「腎不全」や「脳血管疾患」が把握され、これらは予防可能な疾患であることから、中長期的に減らしていきたい疾患である。 これらの疾患を減らしていくためには、特定健診を受けて医療が必要と判断された者を早期に医療に繋げることが重要であり、江差町では、特に「血圧」「血糖」「脂質」の未治療者が多いことを踏まえて重症化予防に取り組む必要がある。
◀重症化予防（がん）	
【課題】 # 「がん」による死亡が多い	【考察】 死亡に起因する疾患として「肺がん」「大腸がん」が把握され、一方でそれらを早期発見するための検診受診率は国よりも低くなっている。したがって、早期発見早期治療により、SMRの低下につなげる必要がある。
◀生活習慣病発症予防・保健指導	
【課題】 # 「eGFR」有所見者が多い # メタボリックシンドローム該当者が多い # 肥満に該当する人が多い（女性）	【考察】 特定保健指導実施率は7.7%と国よりも低く、生活習慣病（「高血圧症」「糖尿病」「慢性腎臓病」等）を発症してしまうことで定期的な通院が必要にならないように、メタボ（予備群含む）に該当した者を中心に特定保健指導の利用率の向上により、生活習慣の改善に取り組んでもらうことが必要である。
◀早期発見・特定健康診査	
【課題】 # 自身の健康状態を把握している人が少ない	【考察】 特定健診受診率は33.6%と国よりも低く、健康状態不明者（健診なし医療なし）の者が206人存在している。 自覚症状が乏しい生活習慣病において自身の健康状態を早期に把握するために、特定健診のさらなる受診率の向上が必要である。
◀健康づくり	
【課題】 # 健康的な生活習慣への関心や知識が少ない # 健康的な食生活の人が少ない →塩分摂取量が多く、野菜・果物の摂取不足が顕著 # 運動不足な人が多い →主な移動手段は車を使用	【考察】 特定健診受診者の質問票回答状況から、「体重増加」「運動習慣なし」「生活改善意欲なし」の人が国・道と比較し多い傾向がうかがえる。将来の生活習慣病を予防するために、日頃から正しい生活習慣の獲得のための取り組みが必要である。

3	データヘルス計画の目標と個別保健事業
---	--------------------

健康課題を解決することで短期的、中・長期的に達成されると期待されるデータヘルス計画の目標と、それらを達成するための個別保健事業計画について記載する。

1. データヘルス計画の目標

記載事項		評価指標	開始時	目標値
目標	最終目標	平均自立期間の延伸	男性74.7年 女性84.3年	延伸
		入院医療費に占める脳血管疾患/虚血性心疾患の医療費割合の抑制	脳：9.4%	減少
			心：7.4%	減少
		総医療費に占める慢性腎臓病の医療費割合の抑制	2.3%	減少
	中・長期目標 (3～6年後)	一件当たり介護給付費の抑制	84,116円	減少
		新規の人工透析患者/虚血性心疾患/脳血管疾患の患者数減少	腎：0人	減少
			脳：11人	減少
			心：20人	減少
	短期目標 (各年)	特定健診受診率の向上	33.6%	50%
		特定保健指導実施率の向上	7.7%	35%
		健康状態不明者の割合の減少	19.4%	15%
		HbA1c5.6%以上の割合の減少	53.0%	50.0%
		収縮期血圧130mmHg以上の割合の減少	53.9%	50.0%
		拡張期血圧85mmHg以上の割合の減少	29.8%	25.0%
		LDL120mg/dl以上の割合の減少	27.5%	25.0%
		Ⅲ度高血圧の割合の減少	1.1%	減少
		Ⅱ度高血圧の割合の減少	6.3%	減少
		LDL180mg/dl以上の割合の減少	4.0%	減少
		HbA1c8.0%以上の割合の減少	0.3%	減少
		HbA1c7.0%以上の割合の減少	2.6%	減少
		メタボリック症候群該当者の割合の減少	20.9%	減少
		タボリック症候群予備軍該当者の割合の減少	14.0%	減少
		毎日、家庭血圧を測る習慣がある人の増加	開始時、データなし。 中間評価までに目標値を設定。	
		「生活習慣を改善するつもりはない」と回答する人の減少	32.0%	25%
		「1日1時間以上の身体活動がない」と回答する人を減らす	53.8%	45%
		運動習慣のない人の減少	66.4%	62.0%
		健診時の尿中塩分量の減少	開始時、データなし。 中間評価までに目標値を設定。	
		国保加入者におけるがん検診受診率	胃19.4% 肺12.9% 大腸12.4% 乳21.7% 子宮13.3%	胃25% 肺20% 大腸20% 乳25% 子宮20%
		国保加入者におけるがん検診精密検査受診率	胃66.7% 肺100% 大腸75.0% 乳75.0% 子宮25.0%	胃100% 肺100% 大腸90% 乳100% 子宮100%

2. 代表的な個別保健事業計画

◀重症化予防（がん以外）

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	生活習慣病未治療者支援 (糖尿病未治療者支援を含む)	特定健診結果で受診勧奨値となった者に対し、連絡票の発行及び受診勧奨を実施	指標：未治療者の精検受診率 目標値 血圧・血糖・脂質～各60%以上
継続	糖尿病治療中断者支援	KDBシステムで治療中断者として抽出された者に対し、受診勧奨を実施	指標：治療中断者の医療機関受診率 目標値：100%
継続	南檜山糖尿病重症化予防プロジェクト	特定健診でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（±）以上、またはかかりつけ医師の判断で生活状況の確認が必要と判断された者に対し、医師の指示のもと、保健指導・栄養指導を実施	指標：HbA1c改善率（年度末） 目標値：90%
継続	国保脳ドック事業	脳ドック検診の無料実施により、脳血管疾患の早期発見・早期治療）につなげる	指標：要精密検査者の精検受診率 目標値：100%

◀重症化予防（がん）

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	胃肺大腸がん検診 (集団・個別)	国が推奨する、胃・肺・大腸がん検診の実施。集団検診は「巡回人間ドック」、個別健診は「国保人間ドック」として特定健診と同時に受診できる体制を整備	指標：各がん検診受診率 目標値： 胃～30%、肺～30%、大腸～30%
継続	乳がん子宮がん検診 (集団・個別)	国が推奨する、乳・子宮頸がん検診の実施。集団検診と医療機関での個別検診の環境を整え、受診者が選択できる体制を整備	指標：各がん検診受診率 目標値：乳～30%、子宮～30%
継続	前立腺がん検診	前立腺がん検診の受診体制の整備	指標：検診受診率 目標値：30%
継続	無料クーポン券の配布	検診対象年齢となる方の検診受診に対する意識を高めるため、40歳女性に対し「乳がん検診」、20歳女性に対し「子宮がん検診」の無料クーポン券を発行	指標：クーポン対象者の検診受診率 目標値：乳～40%、子宮～20%
継続	国保がん検診費用助成事業	国保被保険者が無料でがん検診を受診できる体制づくりのため、町の費用助成に上乗せで国保独自の費用助成を実施	指標：各がん検診受診率 目標値： 胃～30%、肺～30%、大腸～30%
継続	精密検査受診勧奨事業	精密検査が必要となった方に対し、連絡票を発行し受診状況について確認を行うほか、未受診者に対する受診勧奨を行う	指標：各がん検診精密検査受診率 目標値： 胃・肺・乳・子宮～各100% 大腸～90%

◀生活習慣病発症予防・保健指導

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	健診結果説明会	特定健診結果に基づき、保健指導・栄養指導を実施	指標：結果説明会利用率（国保加入者） 目標値：個別健診～40% 集団健診～60%
継続	特定保健指導	特定健診結果により階層化された特定保健指導対象者に対し、内臓型肥満の解消に向けた生活習慣改善のための保健指導を実施	指標：メタボ改善率 目標値：50%
継続	健診会場での血圧指導	特定健診の血圧測定で高値の方に対し、家庭血圧の正しい測り方及び目標値（135/85mmHg）について保健指導を実施	指標：特定健診受診者のうち家庭血圧測定者の割合 目標値：中間評価までに設定
継続	家庭血圧の普及・血圧計レンタル事業	自宅に自動血圧計がない方に対し、家庭血圧計の貸し出しと血圧記録手帳の配布を行う	目標値：中間評価までに設定
新規	尿中塩分濃度測定	集団健診での尿検査に尿中塩分量測定を追加し、減塩に対する意識づけを行う	指標：尿中塩分量 目標値：中間評価までに設定

◀早期発見・特定健診

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	特定健診等受診率向上対策事業	特定健診未受診者に対し、年3回の受診勧奨通知を送付 受診状況及び未受診者分析の実施	指標：健康状態不明者の割合 目標値：減少
継続	特定健診（個別健診）	医療機関での特定健診の実施	
継続	巡回人間ドック（集団健診）	集団健診での特定健診及びがん検診の同時実施	
継続	国保人間ドック	医療機関での特定健診及びがん検診の同時実施	
継続	国保脳ドック	脳ドック検診時に特定健診を同時実施	
継続	データ受領による みなし健診	通院中の特定健診未受診者に対し、通院時の血液データを提供してもらい、特定健診を受診したとみなす、 みなし健診の実施	

◀健康づくり

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	えさしレシピの普及推進事業	「おいしく塩分を減らすこと」を目指して、塩分さしかえレシピ＝通称「えさしレシピ」の開発・普及を推進する	指標：えさしレシピの認知率 目標値：30%（令和11年度）
継続	えさしバトン体操普及推進事業	「楽しくからだを動かす機会を増やすこと」を目指して、「えさしバトン体操」の普及を推進する	指標：えさしバトン体操の認知率 目標値：30%

◀介護予防・一体的実施

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	南檜山糖尿病重症化予防プロジェクト	後期高齢者健診でHbA1c7.0%以上かつ尿蛋白（±）以上、またはかかりつけ医師の判断で生活状況の確認が必要と判断された者に対し、医師の指示のもと、保健指導・栄養指導を実施	指標：HbA1c改善率（年度末） 目標値：90%
継続（拡充）	健診結果説明会	後期高齢者健診・質問票の結果に基づき、生活習慣病の重症化予防及びフレイルの予防のための保健指導・栄養指導を実施	指標：結果説明会利用率（後期高齢者含む） 目標値：個別健診～50% 集団健診～70%
新規	通いの場における健康教育	通いの場において、生活習慣病の重症化予防（特に「減塩」「血圧管理」）やフレイル予防のための健康教育を実施	指標：後期高齢者健診受診者における、家庭血圧測定者の割合 目標値：中間評価までに設定

◀医療費適正化

継続/ 新規	個別事業名	事業の概要	アウトカム指標
継続	ジェネリック医薬品の普及促進事業	ジェネリック医薬品に変更した場合の差額通知書を年3回送付。	指標：ジェネリック医薬品普及率 目標値：90%
継続	重複・頻回受診者への保健指導	KDBシステムで重複受診及び重複服薬並びに頻回受診対象者を抽出し、3カ月以上リストに上がった対象者に対し、適正利用に関する通知を発行の上、必要な保健指導を実施。	指標：重複受診及び重複服薬、頻回受診対象者数 目標値：減少